

## МЕТОД ТРАНСПОЗИЦИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ЗАСТАРЕЛЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ СУХОЖИЛИЙ СГИБАТЕЛЕЙ

*Дейкало В.П.*

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов  
медицинский университет»*

Застарелые повреждения сухожилий сгибателей пальцев встречаются в 25,3% случаев среди застарелых травм кисти и их последствий. В большинстве случаев (54,6%) главным фактором возникновения застарелых повреждений сухожилий сгибателей является невозможность их первичного качественного восстановления - недостаточность материально-технического обеспечения и опыта у дежурного хирурга для проведения восстановительных операций на кисти. При лечении застарелых повреждений сухожилий сгибателей ранее (в 80-е и до середины 90 - х гг.) широко использовалась тендопластика по Лексеру или вторичный шов, которые в 85-88% случаев приводили к неудовлетворительным результатам [2, 3]. В настоящее время, среди различных способов оперативного восстановления функции сгибателей пальцев при их застарелых повреждениях, наиболее приемлемым считается метод двухэтапной сухожильной пластики и транспозиции других сухожилий на место поврежденных [1, 2].

Цель работы: усовершенствовать технологию медицинской реабилитации пациентов с застарелыми повреждениями сухожилий сгибателей с применением метода транспозиции сухожилий.

Материал и методы. Метод транспозиции сухожилий поверхностных сгибателей (СПС) пальцев в клинике травматологии, ортопедии и ВПХ ВГМУ применялся в реабилитации 36 пациентов с застарелыми повреждениями сухожилий сгибателей. Наиболее часто выполняли транспозицию СПС IV пальца на место длинного сгибателя I – го пальца (24 случая – 66,6%), реже при повреждениях сгибателей других пальцев: V пальца – у 8 пациентов (в 6 случаях использовали СПС IV пальца, в 2 –х СПС III пальца); III пальца – у 2 пациентов (в одном случае применяли СПС IV пальца, в другом СПС II пальца); II пальца также у 2 пациентов (в обоих случаях применяли

СПС IV пальца). По своим анатомо – функциональным характеристикам наиболее приемлемым в качестве несвободно перемещаемого аутотрансплантата, который в дальнейшем позволил получить хорошие функциональные результаты, был поверхностный сгибатель IV пальца (применен в 91,7% случаев). СПС других пальцев (II и III) применяли только в тех случаях, когда трансплантат СПС IV пальца использовать не представлялось возможным. В 32 –х случаях транспозиции производилась мужчинам, в 4 – х женщинам.

Результаты работы. В клинике разработана следующая технология транспозиции. Выполняли фигурный разрез по ладонной поверхности пальца в области повреждения. Затем проводили ревизию, одновременно выполняя тенолиз с выделением дистального, а при возможности обнаружения, и проксимального конца поврежденного сухожилия. Из дополнительного разреза на уровне кистевого сустава или нижней трети предплечья извлекали проксимальный конец поврежденного сухожилия. Выделение и отсечение ножек сухожилия поверхностного сгибателя IV пальца от места их прикрепления производили из небольшого (до 2 – х см.) фигурного разреза по ладонно – лучевой поверхности средней фаланги. Сухожилие затем выводили в рану на предплечье. С помощью проводника перемещали в синовиальный канал I – го пальца и выводили в рану на уровне дистальной фаланги пальца. Фиксацию трансплантата к ногтевой фаланге выполняли разными способами, в зависимости от длины трансплантата и длины сохранившегося дистального конца поврежденного сухожилия. При достаточной длине сухожилия – трансплантата, фиксацию проводили чрескостно по методике клиники (6 случаев). Если дистальный конец поврежденного сухожилия был короткий и не позволял произвести качественный укрепленный внутривольный шов [2], выполняли реинсерцию перемещаемого сухожилия по классической методике Беннеля с наложением чрескостного блокирующего проволочного шва (20 случаев). Укрепленный внутривольный шов выполняли при достаточной (не менее 1,5 см.) длине дистального конца сухожилия (10 случаев).

При оценке отдаленных функциональных результатов лечения методом транспозиции сухожилий сгибателей учитывали объем движений в МФС поврежденного пальца, а также сохранение функции пальца с которого произведена транспозиция СПС [2]. Получены следующие данные: хорошие результаты у 22 больных (61,2 %), удовлетворительные – 8 (22,1 %), неудовлетворительные – 6 (16,7 %). Необходимо отметить, что результаты транспозиции СПС IV

пальца на место длинного сгибателя первого пальца были лучше: хорошие отмечены у 20 (83,4 %) пациентов, удовлетворительные у 2 – х (8,3 %), неудовлетворительные также у двух (8,3 %). Неудовлетворительный результат в указанных двух случаях был связан с ошибкой допущенной при выполнении операции. Ошибка заключалась в следующем. При выделении СПС IV пальца, отсечение сухожилия было проведено на уровне пястно – фалангового сустава с помощью специального проводника из раны на предплечье. Это позволяло не выполнять дополнительный разрез в области средней фаланги IV пальца, уменьшало травматичность операции и сокращало время ее выполнения. Однако в послеоперационном периоде не было учтено, что на IV пальце остался достаточно длинный нефункционирующий дистальный конец СПС (до 2,5 – 3 см.). Больным не было указано на необходимость разработки движений в МФС с первых дней после операции, а учитывая наличие болевого синдрома они самостоятельно это не выполняли. В результате произошло рубцовое спяение оставшегося конца СПС с глубоким сгибателем и окружающими тканями, что привело к развитию сгибательной контрактуры. Оба пациента были оперированы повторно. Произведен тенолиз с удалением оставшегося фрагмента СПС IV пальца и устранением сгибательной контрактуры.

Функциональные результаты транспозиций при повреждениях сгибателей длинных пальцев оказались хуже по сравнению с травмами длинного сгибателя первого пальца. Хороших результатов не было. У 7 (58,3%) пациентов были получены удовлетворительные результаты, у 5 (41,7 %) неудовлетворительные. Следует указать, что удовлетворительные результаты достигнуты у всех пациентов с повреждениями II и III пальцев и только в одном случае при травмах сгибателей V пальца.

Необходимо обратить внимание также на ряд моментов при проведении реабилитационных мероприятий в послеоперационном периоде. В случаях фиксации перемещенного сухожилия по классической методике Беннеля, осуществлялась иммобилизация оперированного пальца гипсовой лонгетой в течение 3 – 4 недель. Затем удаляли блокирующий проволоочный шов и в течение 3 – 4 недель проводили курс консервативной терапии: ЛФК, теплые ванночки, массаж, физиопроцедуры. Если фиксацию сухожилия выполняли по методике клиники или путем наложения укрепленного внутривольного шва, в послеоперационном периоде применяли метод активно – пассивной и активной мобилизации. После снятия с ран швов дополнительно проводили курс физиотерапевтических

процедур. Применение данных методик фиксации сухожильного трансплантата с последующим применением в послеоперационном периоде методов активно – пассивной и активной мобилизации, позволил получить лучшие функциональные результаты и сократить сроки временной нетрудоспособности на 3 недели.

**Заключение.** Наиболее целесообразно применять метод транспозиции сухожилий сгибателей при застарелых повреждениях сухожилия длинного сгибателя большого пальца. В качестве перемещаемого несвободного сухожильного трансплантата следует использовать СПС IV пальца. Лучшие функциональные результаты получены при фиксации дистального конца перемещенного сухожилия по методикам разработанным и усовершенствованным в клинике.

#### **Литература**

1. Андреева Ю.И., Коршунов В.Ф. Лечение застарелых повреждений сухожилий сгибателей пальцев кисти методом транспозиции // Тезисы докладов VI съезда травматологов и ортопедов России. – Нижний Новгород, 1997. – С.170
2. Дейкало В.П. Клинико – статистические аспекты и медицинская реабилитация повреждений кисти – Витебск, 2003. – 125 с.
3. Диваков М.Г., Дейкало В.П., Зырянов С.К. Исходы повреждений кисти // Ортопедия, травматология и протезирование. – 1993. - № 3. – С. 3 – 7.